



Personální devastace českého zdravotnictví

23.5.2018

Konference ČLK

Petr Šonka



Věková struktura VPL

- Průměrný věk VPL 55,2 let
- Podíl 65+ je 17,2 %
- Jejich odchod může být pro řadu regionů fatální
- Podíl lékařů -40 let je 11,7%
- Zdroj: Luděk Šídlo a spol. Hodnocení dostupnosti primární zdravotní péče v Česku



Věková struktura PLDD

- Průměrný věk PLDD 57,0 let
- Podíl 65+ je 17,7%
- Podíl – 40 je 5,3 %
- Zdroj: Luděk Šídlo a spol. Hodnocení dostupnosti primární zdravotní péče v Česku



Generační výměna VPL

Za posledních 5 let atestuje průměrně 196 VPL ročně (150 absolventů, ostatní rekvalifikace)

V dlouhodobé perspektivě nastupuje do praxe dle VZP 160 ročně

Přirozený roční úbytek cca 130 VPL

Předpokládaný roční úbytek 170 VPL ročně v horizontu 5-10 let

Fungující systém RM u VPL, ale je nutné navýšit počty

Pro rok 2019 k dispozici 130 míst

Nefungující systém RM u PLDD: vyhlášeno 81, 59 požádáno, 21 propadá

obor PLDD byl vymazán a předchůdcem "Pediatrie" byl administrativně určen obor Dětské lékařství, PLDD nemohou žádat o nové akreditace, ani o prodlužování stávajících.

Akreditovaná pracoviště PLDD nemohla z výše uvedeného důvodu požádat o rezidenční místo.



Generační výměna VPL

- Problém v distribuci PL-neatraktivní lokality (pohraničí, vnitřní periferie)
- Středočeský kraj: v roce 2017 skončilo 12 VPL a PLDD bez náhrady
- Mladí lékaři nechtějí na venkov
- Špatná smluvní politika (ordinace na zelené louce ve městech)



Reforma primární péče

- Kompetence, pravidla
- Preskripční omezení, výkony
- Dostupnost, pobídky pro periferii
- Financování
- Vybavení věcné, ale především personální (administrativní pracovník, recepce)
- Vzdělávání, atraktivita oboru
- LPS



Personální devastace medicíny

- Kdo za to může:
- všichni ministři zdravotnictví za posledních 20 let (srovnání 1997-2017)
- managementy nemocnic
- odborné společnosti
- politická reprezentace
- nestabilita prostředí, neuvážené změny vzdělávání



Novela zákona zlepší podmínky postgraduálního vzdělávání lékařů

„Touto novelou chceme stabilizovat a zkvalitnit systém specializačního vzdělávání, jehož dosavadní nastavení bylo vyhodnoceno jako demotivační. To mimochodem považujeme za jeden z důvodů odchodu zejména čerstvých absolventů medicíny do jiných států, kde jsou podmínky pro vzdělávání nastaveny příznivěji, například kratší délkou specializačního vzdělávání,“ říká ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík k dnes projednávané novele zákona o postgraduálním vzdělávání lékařů, kterou poslanci schválili i přes odmítavý postoj Senátu. Zákon nyní poputuje k prezidentovi.



Výsledek?

- Neexistují prováděcí vyhlášky (vzdělávací náplně)
- Nelze žádat o akreditace, staré sice platí, ale nejsou k ničemu
- Vzdelávání rezidentů v pololegálním módu
- Zrušení oboru PLDD, nejspíš jako poslední hřebíček do rakve primární péče pro děti



Průzkum HCl mezi studenty LF

- 78 % studentů české národnosti projevilo svůj zájem pracovat po ukončení studia v České republice, 22 % preferuje práci v zahraničí. Meziročně byl v rámci této oblasti zaznamenán nárůst o 5 procentních bodů (tj. ze 73 % na 78 %).
- 67 % studentů české národnosti by bylo ochotno obětovat významnou část svého volného času ve prospěch vybudování budoucí profesní kariéry. Studenti slovenských lékařských fakult jsou v této oblasti ochotni obětovat svůj čas v 82 % případů.



- Oblasti, které studenti českých lékařských fakult nejčastěji uvádějí jako důvod k odmítnutí nabídky zaměstnání:
- Nevyhovující podmínky pro specializační přípravu
- Absence možnosti karierního nebo platového postupu
- Práce neodpovídající mému vzdělání a studijnímu oboru
- Nedostatečná supervize pro práci lékaře



Průzkum HCI

- Oblasti, které české studenty nejčastěji ovlivňují při výběru místa vykonávání jejich budoucí lékařské praxe v České republice:
- Jasně a jednoznačné podmínky pro specializační přípravu
- Velikost úvazku
- Pracovní kolektiv
- Vyváženost pracovního a osobního času

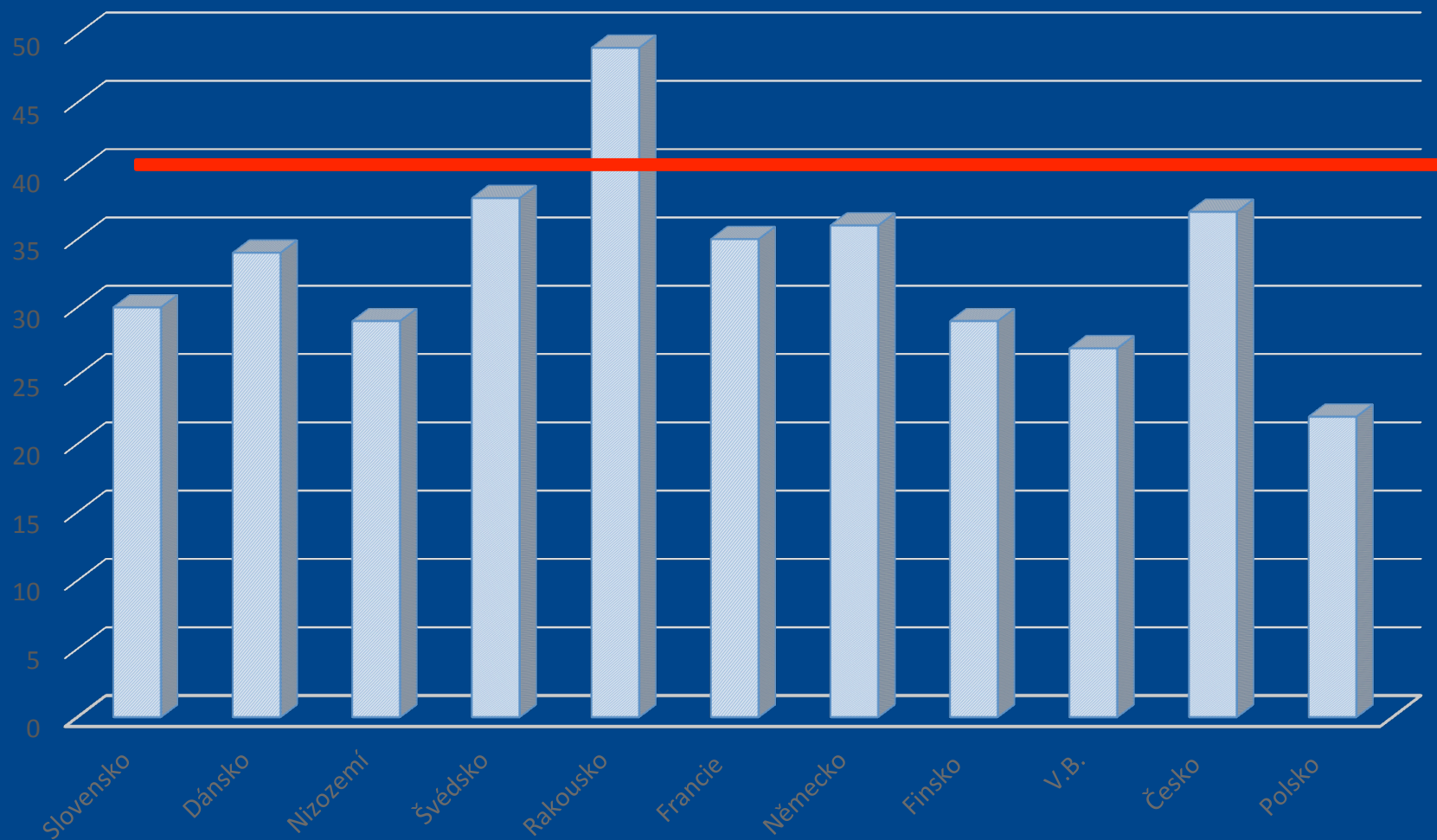


Jak z toho ven?

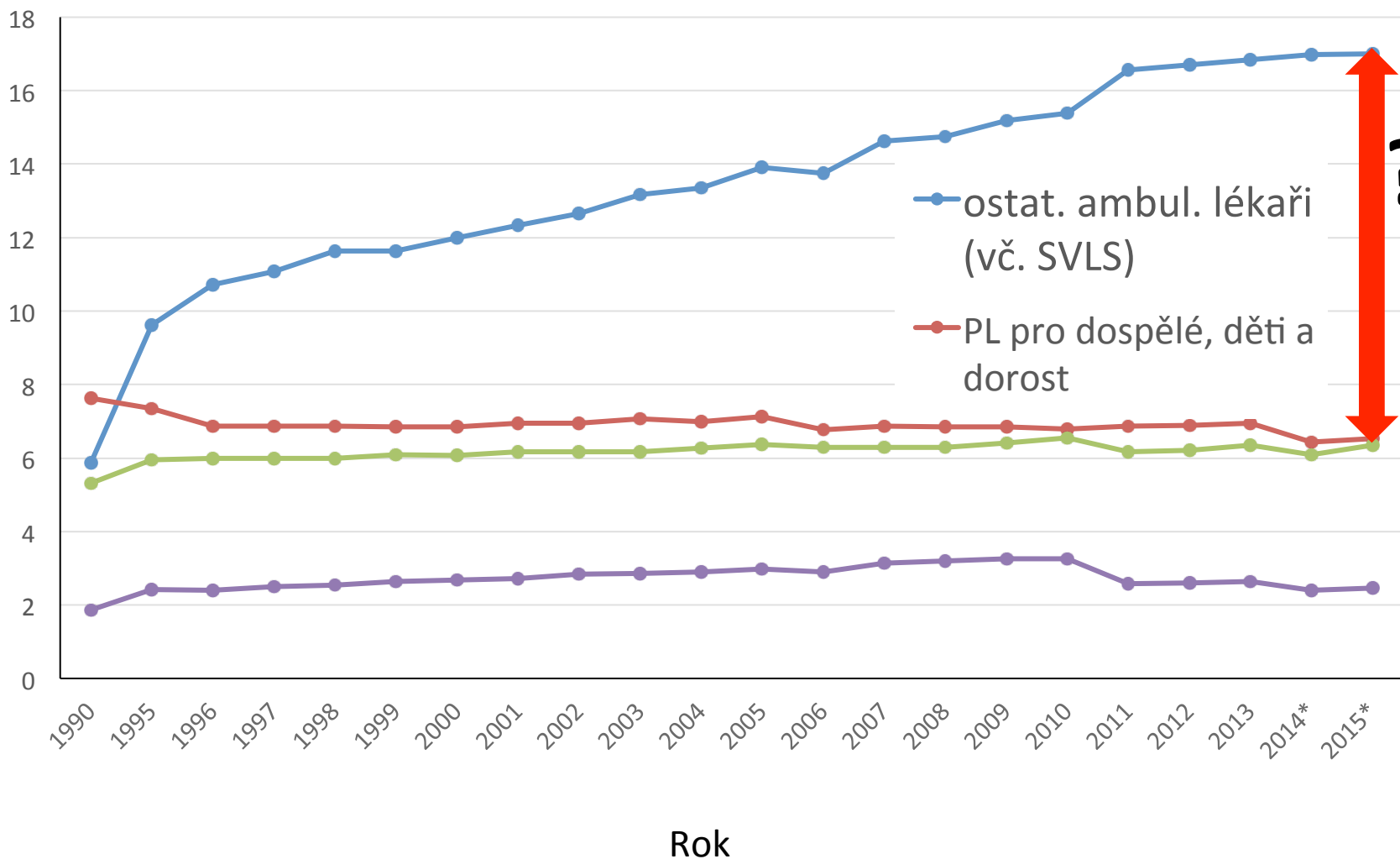
- Plošně navyšovat platy?
- Navýšit počty studentů LF?
- Příchod lékařů ze zahraničí?
- Udržet lékaře v důchodovém věku v systému?
- A co vnitřní rezervy systému?



POČET LÉKAŘŮ NA 10 000 OBYVATEL. V RÁMCI OECD JSME NA 6-7 MÍSTĚ !! PROČ TEDY NEDOSTATEK V ČR?!



Ambulantní lékaři na 10 000 obyvatel
(zdravotnictví bez ostatních centrálních orgánů)





Chyba systému?

Od roku 1990 přes 10 000 amb. specialistů odešlo z nemocnic do soukromé sféry.

Přitom v nemocnicích dle ČLK chybí cca 1 000 lékařů !!

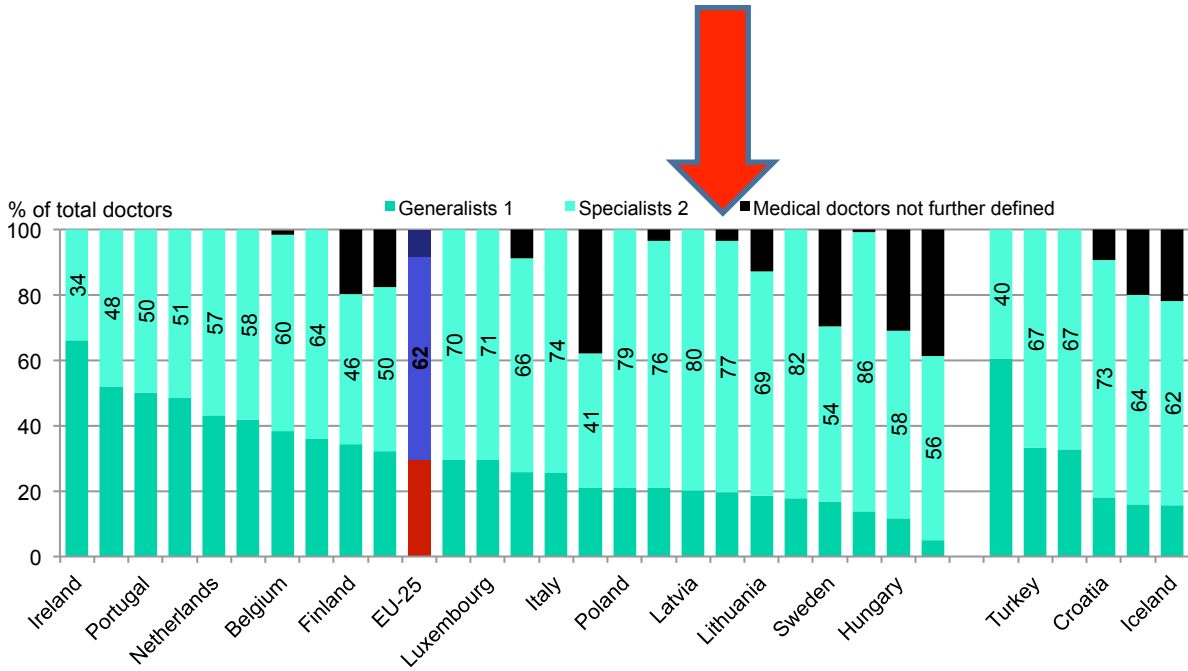
Zároveň rostou počty ambulancí provozovaných nemocnicemi.

Až 40% příjmů lůžkových zařízení je z ambulancí.

Souběhy praxí.

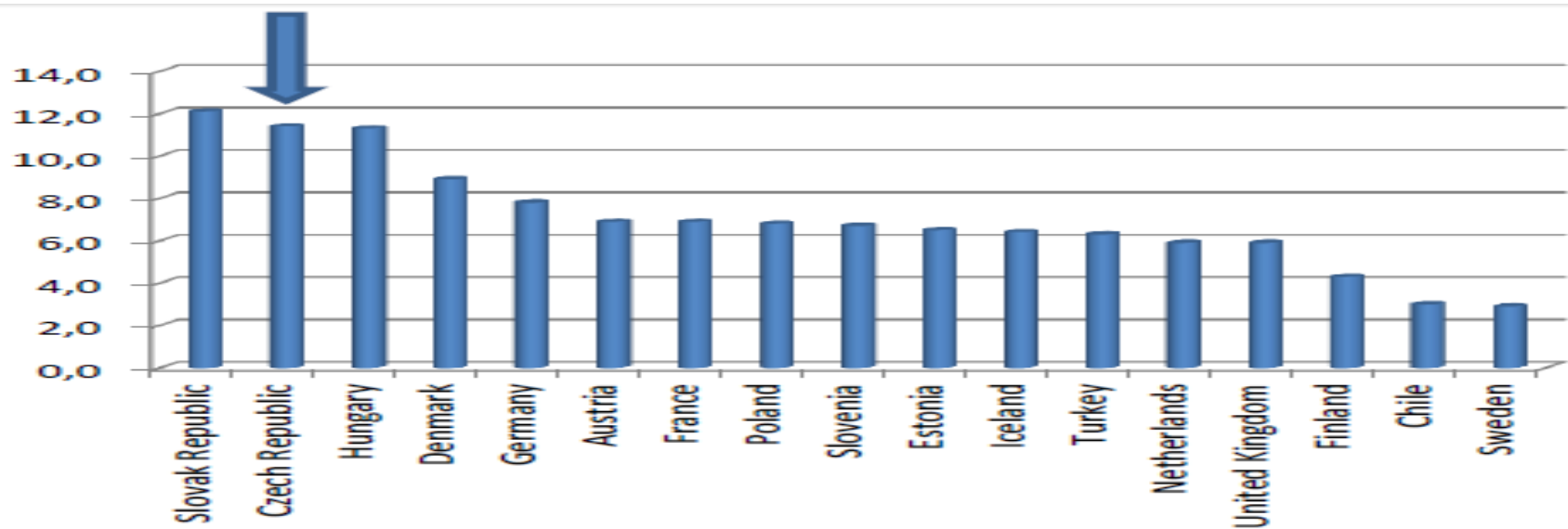
Jsou řešením povinné služby AS v lůžkových zařízeních?

3.1.2. Generalists and specialists as a share of all doctors, 2010 (or nearest year)



1. Generalists include general practitioners/family doctors and other generalist (non-specialist) medical practitioners.

2. Specialists include paediatricians, obstetricians/gynaecologists, psychiatrists, medical, surgical and other specialists.



Počet kontaktů s lékařem/rok



Efektivita

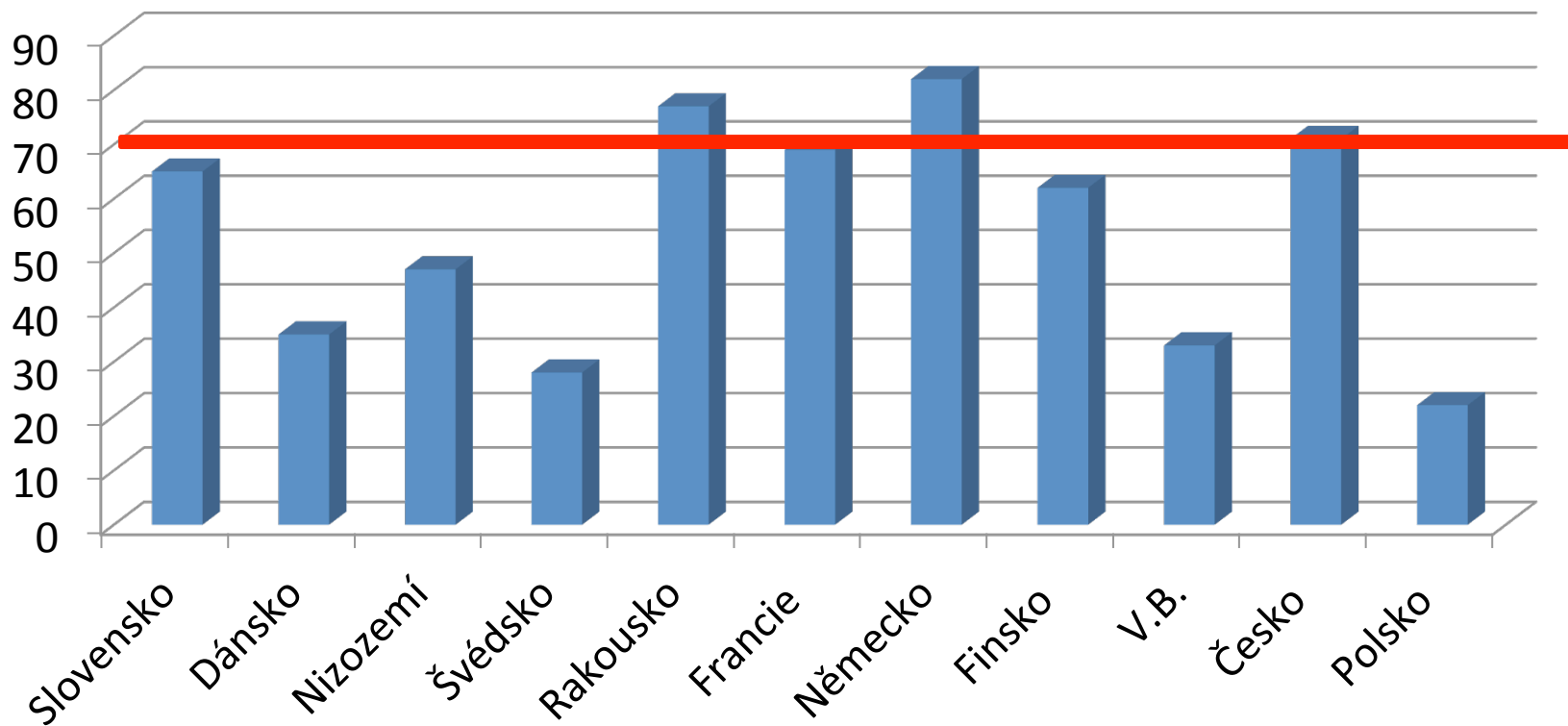
Průměrný počet kontaktů lékař pacient na jednoho pacienta:
Švédsko 3 , Rakousko 7 , ČR 11 kontaktů.

Průměrný věk dožití obyvatel je ve Švédsku je 80,93 let
v Rakousku 79,58 let a v ČR 76,91 let.

Český systém se k výsledku (horšímu) dopracuje potřebuje
odvedením dvojnásobného množství práce než v Rakousku.

Pracujeme smysluplně a efektivně?
(duplicity, alibismus, špatný management, ekonomické
motivace, švédský stůl)

Počet nem. lůžek na 10 000 obyvatel



I přes pokles za poslední dekádu se počet lůžek v ČR stále pohybuje na jedné z nejvyšších hodnot ve vyspělých zemích EU. Průměr EU činí cca 50 lůžek. Při porovnání průměrné délky hospitalizace na akutních lůžkách dosahujeme hned druhé nejvyšší příčky, když průměrný pacient stráví v nemocnici 9,5 dne. Průměr EU je o cca dva dny kratší.



Dle statistik WHO v zemích, kde jsou hlavní zdravotní zátěží chronická neinfekční onemocnění, zvládají praktičtí lékaři 80 - 90% zdravotních problémů populace a zároveň spotřebovávají pouze 5-15 % rozpočtu zdravotnictví.

Sekundární péče, kterou tvoří ambulantní a nemocniční specialisté včetně lůžkových zařízení do úrovně oblastních nemocnic by měly poskytovat péči pouze v 15% případů a spotřebovat okolo 45 % rozpočtu.

Terciální péče, tvořená FN a velkými krajskými nemocnicemi by měla poskytovat péči těm nejkomplicovanějším a na svých cca 5 % pacientů spotřebovat cca 40 % z rozpočtu.

Pokud tedy zdravotnický systém z jakýchkoli důvodů propouští neindikované pacienty do dražších pater, zejména do nemocniční péče, je ve svém principu neufinancovatelný.



- Opravdu má smysl udržovat tak hustou síť nemocnic, která jsou v tak špatném personálním stavu ?
- Odlišná kvalita péče pro pacienta na venkově a ve městě- opravdu to chceme?



Průšvih jako šance ke změně?

- Efektivní nakládání s lidskými zdroji, stop zbytečné práci lékaře (příliš kvalifikovaný, drahý a vzácný na to aby dělal cokoli jiného než léčil)
- Restrukturalizace lůžkových zařízení a redukce akutních lůžek, jen nutné hospitalizace, maximum péče ambulantně (např. onkologie)
- Redukce nemocničních ambulancí, uvolnění personálních kapacit pro lůžka
- Pacienti z nich k ambulantním specialistům
- Co může řešit praktik, řeší praktik- posílení primární péče
- Co nemusí řešit lékař to deleguje (sestry, sociální a administrativní pracovníci, státní úředníci, bezpečáci)



Průšvih jako šance ke změně?

- Zlepšení managementu poskytování zdravotní péče
- Zavést jasná pravidla pro rozdělení kompetencí mezi primární péči a ambulantními specialisty a pravidla usměrňující pohyb pacienta zdravotním systémem
- Změna perverzního systému úhrad zdravotní péče
- Posílení role pojišťoven a vztahu pojištěnec-pojišťovna
- Posílení odpovědnosti pacienta a regulace jeho pohybu systémem (zdravotní gramotnost)
- Odvaha ke změnám systému, ven z ulit, změna myšlení, konec profesionální slepoty



A máme ještě na vybranou?

Děkuji Vám za pozornost.